

187 pg
Lane Medical Library

193

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE DE M. LE PROFESSEUR M. ROCH

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE

ET DE SON TRAITEMENT PAR LA

MALARIATHÉRAPIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SALIM BARBARI

de Beyrouth (Liban)

Thèse N° 1330

NEW YORK ACAD.
OF MEDICINE
MAR - 5 1931
LIBRARY

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER

RUE DE CAROUGE, 48

1930

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE DE M. LE PROFESSEUR M. ROCH

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE
ET DE SON TRAITEMENT PAR LA
MALARIATHÉRAPIE

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
SALIM BARBARI
de Beyrouth (Liban)

Thèse N° 1330

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1930

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Prof. Roch, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 10 Janvier 1930.

Le Doyen :

Prof. M. ROCH.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS,
EN TÉMOIGNAGE D'AFFECTION FILIALE.

A MA BELLE-MÈRE.

A MON BEAU-FRÈRE.

A MA SOEUR,
AMOUR FRATERNEL.

A M. LE DOCTEUR HASSAN BEY EL-ASSIR.
Président de la Société des Médecins et des
Pharmaciens de Beyrouth.

A MES AMIS.

Avant d'aborder le sujet de ce travail, je tiens à remercier sincèrement et à exprimer ma profonde reconnaissance à Monsieur le Prof. ROCH, dans le service duquel cette thèse a été élaborée, pour la bienveillance, l'amabilité et les encouragements qu'il n'a cessé de me témoigner.

CONTRIBUTION

à l'étude de la
PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE
et de son
TRAITEMENT PAR LA MALARIATHÉRAPIE

Introduction

Cliniquement, on peut distinguer trois variétés de paralysie générale selon l'âge du sujet. En premier lieu, la plus anciennement connue est la paralysie générale progressive de l'adulte. Puis la paralysie générale infantile frappant les enfants avant la puberté, et enfin la paralysie générale juvénile faisant son apparition de la puberté à 20-22 ans.

Ces trois variétés présentent, au point de vue clinique et étiologique, de grands rapprochements. Il est à peu près universellement admis aujourd'hui que cette maladie relève de la syphilis ; la paralysie générale progressive de l'adulte d'une syphilis acquise ; les deux autres de syphilis héréditaire ou acquise dans l'enfance, la paralysie générale apparaissant 10 à 15 ans après le chancre.

Nous allons exposer, dans les chapitres qui vont suivre, l'historique de la question et les observations les plus intéressantes que nous avons pu recueillir.

Historique

La paralysie générale juvénile a été signalée pour la première fois en 1877 par Clouston : jusqu'à cette époque on considérait que la paralysie générale était une affection de l'adulte.

Un autre cas a été publié en Angleterre en 1881 par Turnbühl.

Mais c'est depuis Régis qui, en 1883, a publié dans *L'Encéphale*, un cas de paralysie générale juvénile, que commencent à apparaître de nombreuses observations. Et déjà, en 1898, Régis signalait 70 observations.

En même temps paraissent les thèses de Thiry 1898 et de Delmas 1899.

Dans les douze dernières années on a publié beaucoup d'autres travaux tant en France qu'à l'étranger.

Egalement nous pouvons signaler les travaux de Fröhlich (1901), Hirschl (1901), Firpi (1906), Louvrier (1907), Falk (1908), et enfin Arsimoles et Halberstadt (1910).

Observations

MM. Schiff et Courtois ont écrit dans la Presse Médicale au sujet d'un paralytique général héréditaire de 21 ans, avec hyperalbuminose rachidienne (2,4 pour 1000) chez ce malade, l'évolution a lieu en deux temps, avec phase prépubérale de débilité mentale et physique, phase post-pubérale avec regression intellectuelle aboutissant à l'imbécillité.

Un deuxième cas a été présenté en 1928 par MM. Richon et Michon : Un ouvrier de 19 ans atteint de troubles démentiels et délirants. Par les symptômes démentiels et son étiologie de syphilis héréditaire (retard de développement, séro-réaction positive chez le malade et chez un frère plus jeune également hypotrophique, le diagnostic s'apparente aux paralysies générales infantiles.

Troisième cas de P. G. infantile (ictus à 9 ans et syphilis neurotrope) a été signalé en 1926 par MM. A. Marie, Sonn et Valence. Le malade pris tout d'abord pour un dément précoce, a été traité pour sa syphilis héréditaire et a fait une remission puis présente une rechute à 18 ans.

Quatrième cas. MM. Roger Dupouy et Maurice Hyvert en 1925 ont présenté un malade de 19 ans chez qui s'est développé le tableau d'une paralysie générale avec affaiblissement intellectuel, signes physiques et syndromes humoraux au complet.

Cinquième cas. En 1923, M. Henri Colin a montré un jeune garçon de 17 ans $\frac{1}{2}$ qui présente tous les signes de P. G. : affaiblissement intellectuel, embarras de la parole ; inégalité et inertie pupillaires, troubles de l'écriture, etc. Les réactions biologiques sont + ; taille au-dessous de la moyenne, asymétrie faciale.

Observations personnelles

Observation 1340-85, 1927-1928. — M. S. M., célibataire, est âgé de 17 ans. Il est étudiant, il entre à la Clinique Médicale le 12-XII-27 avec le diagnostic d'encéphalite.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique mort à la suite d'une opération sur les voies biliaires ; mère très robuste.

Antécédents personnels. — Il y a trois ans, pendant qu'il était au Collège, le malade est pris de fièvre (légère) accompagnée de vomissements et de phénomènes convulsifs. Une hémiplégie droite s'installe rapidement. Le Wassermann était positif, celui du père négatif et celui de la mère positif.

La résolution de la paralysie fut rapide vu l'influence d'un traitement mercuriel et bismuthé.

Histoire de la maladie. — Le 3-XII, pendant la nuit est pris de vomissements et de diarrhées.

Le lendemain, le malade a dormi toute la journée.

Le 5-XII, le malade a des hallucinations visuelles et des terreurs. Les jours suivants, il se portait assez bien, mais le 8-XII température 38°, le malade est très agité ; il voit des lumières et entend des voix. Le lendemain, le malade est pris de convulsions généralisées. Le médecin lui fait de l'anesthésie à l'éther.

Depuis, il a du somnifère en injection intramusculaire.

Depuis le 9-XII, injection intraveineuse de cyanure de mercure.

Le 11-XII, il devient conscient, mais il a des périodes d'agitations.

Status d'entrée. — Il présente un retard de développement physique et intellectuel. Le malade ne comprend pas les questions posées. Il a un langage incompréhensible ; il a du tremblement de la tête et des mouvements des membres.

Examen du système nerveux. — Les pupilles sont irrégulières, gauche plus dilatée, ne réagissent pas à la lumière mais réagissent un peu à l'accommodation. Les réflexes sont très vifs aux membres supérieurs et inférieurs ; Babinski positif à droite, réflexes abdominaux sont vifs ; clonus des deux pieds.

Le malade est spasmodique. Imprécision dans les mouve-

ments. Démarche titubante et spasmodique, sensibilité est conservée. La force musculaire est conservée.

Tremblement à grandes oscillations des mains. Très fort tremblement de la langue. Démence marquée. La compréhension est très défectueuse. Système respiratoire, il n'y a rien d'anormal.

Système digestif. — La langue chargée; l'appétit est conservé; l'abdomen est indolore. Le foie n'est pas augmenté de volume : rate non perceptible.

Système circulatoire. — Le pouls est régulier, bat à 84 en moyenne. Pointe — 5^e espace intercostal. Les bruits du cœur sont bien frappés; on ne trouve pas de souffle.

Système uro-génital. — Albumine 0, sucre 0, urobiline 0, pigments biliaires 0, dépôt, urates.

Ponction lombaire. — π 33.

Le liquide est clair; albumine 0,50, éléments 11 (lymphocytes).

Examen du sang. -- Urée = 0,80.

Le Wassermann est positif dans le liquide céphalo-rachidien et il est négatif dans le sang.

Le 21-XII. Le malade est assez calme.

Le 24-XII. Un peu d'agitation après l'injection de Néosalvarsan.

Le 10-I. Le malade présente la démarche ataxique.

Le 18-I. Le soir précédent, agitation de courte durée.

Le matin même, forte agitation. Le malade donne des coups, veut partir. On lui met la camisole de force.

Le 20-I. Le malade est de nouveau tranquille.

Le 24-I. Examen du malade :

Les réflexes sont très vifs aux membres supérieurs. Les réflexes patellaires et achilliens sont vifs — Clonus 0. Babin-ski 0.

Tremblement très marqué aux doigts et à la langue. Les pupilles sont inégales, immobiles.

Ponction lombaire. π 15.

Albumine 0,40.

Éléments 6 par mm³.

Le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est négatif.

Benj. Coll. est subpositif.

Le 24-I on lui a fait une injection de 3 cc de sang malarique citraté (Bel-Air).

Le 31-I. Le septième jour après l'injection la température du malade est montée à 38,8.

Le 2-II. Poussée fébrile à 40°, sans frisson ni transpiration.

Le 5-II. Le douzième jour après l'injection du sang malarique, le malade présente un accès typique : frisson, la température monte à 40,6, suivie de transpiration et un peu d'agitation.

Le 8-II. Les accès se rapprochent.

Le 10-II. Gros accès.

Le 13-II. Les accès diminuent d'intensité. Présence de l'hématozoaire constatée dans le sang.

Le 18-II. Les accès malariques s'arrêtent spontanément.

Le 23-II. Ponction lombaire. π 30.

Éléments 2.4.

Albumine 0,30.

Le 24-II. Le Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien de la mère est positif.

Benj. Coll est positif.

Amélioration nette, le malade parle mieux, marche mieux et il ne titube plus. Il peut s'habiller seul. Il est tranquille et il est de bonne humeur.

Malariathérapie. Le malade a fait 11 accès de malaria typique — fièvre tierce. La malaria s'est éteinte sans thérapeutique. Le résultat est très bon, le malade parle mieux, peut s'habiller seul, le tremblement a beaucoup diminué. Le tremblement de la langue est bien accusé.

Le signe de Romberg est négatif.

Les réflexes sont très exagérés. Le signe de Babinski spontané à droite.

Tremblement encore très marqué au membre inférieur droite.

Observation 797, 1929. R. L., célibataire, est âgé de 16 ans. Il entre à la clinique médicale de l'Hôpital Cantonal de Genève le 10-VI-1929, avec le diagnostic de P. G. infantile.

A. H. père bien portant. Mère bien portante. Pas de frère ni sœur.

Antécédents personnels. — Né à terme. Jusqu'à 6 ans s'est très bien porté, a fait une varicelle.

A. A. a 6 ans, il a eu paralysie infantile. En revenant de l'école il a eu un étourdissement, délire. Le père ne se rappelle pas les détails. A partir de ce jour il ne peut plus aller à l'école et il ne pense qu'à s'amuser. Il ne sait ni lire, ni écrire. Il y a 4 ans qu'il était à la clinique infantile. Il bat les autres enfants. Transféré à Bel-Air, il y reste tout l'été.

A ce moment, déjà il a de la peine à remuer sa jambe droite et le bras droit. Il revient chez lui. Les paralysies du bras et de la jambe vont en augmentant.

Au début de l'hiver 1928, il ne peut plus marcher. Depuis le printemps, il ne voit plus.

Caractères : calme, doux ; s'amuse avec des clous. Il crie dès qu'on le touche pour l'habiller, etc.

Status d'entrée. — Jeune homme de 16 ans. On ne trouve ni œdème, ni cyanose, ni dyspnée, cyanose des pieds, traces d'engelures, troubles trophiques.

Système nerveux.

Tête grosse par rapport au corps.

Yeux : cécité complète. A peine le malade distingue-t-il le soleil de l'obscurité. Les pupilles sont inégales. Elles ne réagissent pas à la lumière mais elles réagissent à l'accommodation.

Paralysie faciale droite.

Dents d'Hutchinson typiques.

Membres inférieurs. Les cuisses sont en flexion, jambes repliées à $\frac{1}{2}$ sous les cuisses. On n'arrive pas à étendre les jambes.

Les pieds présentent des cicatrices d'engelures et du gonflement.

Les réflexes rotuliens et achiliens sont vifs.

Le signe de Babinski est bilatéral, clonus des pieds.

L'état mental. — Il n'a jamais su ni lire ni écrire. Parole presque incompréhensible. Pas d'incontinence d'urine. Atrophie musculaire généralisée.

Système circulatoire. — Cœur semble petit. Les bruits du cœur sont nets. Pression 13-10.

Système digestif. — La langue est bonne, abdomen souple, sans résistance. Foie et rate ne semblent pas être augmentés de volume.

Système urinaire. — Urines claires.

Albumine 0 ; sucre 0 ; urobiline 0.

Incontinence d'urine.

La ponction lombaire $\pi = 30$.

Éléments = 6,1 par mm^3 .

Albumine = 0,60 ‰.

Réactions sérologiques. Benjoin Colloïdal est positif. Wassermann, Vernes, Bauer = positifs.

20-VI. Le malade rit et pleure ; il mange bien.

1-VII. Maigrît. On lui fait une injection intramusculaire de Stovarsol.

8-VII. Maigrît ; pâle.

20-VII. Le malade rit et pleure sans cause.

Observation 463, 1929. — M. F. J., célibataire, est âgé de 17 ans. Il entre à Clinique médicale de l'Hôpital Cantonal de Genève, le 13. III. 29 avec le diagnostic : plaques de méningite, tumeur ?

Antécédents héréditaires. — La mère du malade aurait présenté, avant son mariage, une grosseur dans la bouche, pour laquelle un traitement de piqûres a été institué et qui aurait été une manifestation syphilitique.

Antécédents personnels. — L'enfant né normalement a présenté à l'âge de 2 mois une éruption générale sous forme de petites taches qui a duré deux mois.

Son développement a été normal et a parlé très jeune, a marché très tard et suivi l'école facilement jusqu'à l'âge de 13 ans.

A cette époque, sa mère est morte d'une tuberculose pulmonaire.

Les troubles qui nécessitent son hospitalisation datent de l'âge de 15 ans. A ce moment son développement paraît s'être arrêté.

Depuis septembre 1929, il présente des phénomènes suivants :

Sans raison apparente, il se plaint de sa tête. Ou bien il se plaint d'avoir des fourmis dans les mains et d'en souffrir. Mais il n'y a pas de crise épileptique et il n'y a pas de perte de connaissance.

Le Wassermann du sang aurait été légèrement positif.

Status d'entrée. — Jeune garçon de 17 ans, taille et poids en rapport avec son âge, mais développement intellectuel d'un enfant de 13 ans.

Il comprend ce qu'on lui dit, répond exactement aux questions qu'on lui pose.

Expression un peu simple, visage enfantin mais pas « idiot ».

Psychisme : euphorie et douceur de caractère ; est très content d'être à l'Hôpital ; s'intéresse à ce qui se passe autour de lui ; ne paraît pas préoccupé de son état.

La marche un peu raide ; les bras assez inertes.

La marche, les yeux fermés est mal assurée ; il y a tendance à la déviation et à la chute à droite.

Le signe de Romberg est légèrement positif. Il n'y a pas de rigidité, pas de contracture, pas d'atonie.

Musculature = développement moyen.

Parole : L'émission d'un mot simple est accompagné de tremblements des lèvres, de la langue.

Tremblement à petites oscillations de la langue très marqué et des lèvres. Tremblement des mains pas permanent mais persistant dans les gestes, consistant en petits mouvements choréïques des doigts.

Face : Il n'y a pas d'asymétrie faciale, il ferme les yeux isolément.

Yeux : Les pupilles sont égales, réagissent à l'accommodation ; la droite réagit faiblement à la lumière. La gauche est immobile.

Sensibilité : Il n'y a pas de troubles ni de la sensibilité tactile ni de la sensibilité profonde, douloureuse et thermique.

Réflexes : Biceps à droite et à gauche, positifs.

Radial » » »

Cubital » » »

Les réflexes achilliens sont positifs.

» crémastériens »

Abdominaux.

Il n'y a pas de troubles de sphincters.

13-III. *Ponction lombaire*. π 40.

Éléments 5 à 10 lymphocytes par mm³.

Albumine 0,55 ‰.

Benjoin Colloïdal est positif.

Wassermann, Vernes, Pandy, positifs.

Système respiratoire. — Rien de particulier.

Système circulatoire. — La pointe est en place. Les bruits du cœur sont réguliers. Le poul est bien frappé.

Système digestif. — L'appétit est bon ; selles régulières. Le foie et la rate ne sont pas agrandis.

Traitement. — Stovarsol 0,50 3 fois par semaine.

Malariathérapie.

Le petit malade a fait des accès de malaria typique. Amélioration certaine. La parole est plus facile. Le tremblement est moins marqué. Les maux de tête ont disparus. Mentalement le malade va beaucoup mieux.

Traitement

de la paralysie générale juvénile

par la malariathérapie

Le traitement de la paralysie générale par la malariathérapie a pour but de produire une réaction fébrile. Ces réactions fébriles sont plus ou moins vives suivant le parasite inoculé. C'est le parasite de la fièvre quarte qui donne le moins de réaction, puis vient celui de la fièvre tierce, enfin celui de la fièvre tropicale. La plupart des auteurs recommandent de n'inoculer que la fièvre tierce.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'action de la malariathérapie peut être interprétée comme une intensification du processus d'infiltration et du processus régénératif suivant la conception de Bier, d'où résulterait la rétrocession des lésions aboutissant à la disparition du processus inflammatoire.

W. FREEMANN a cherché à juger des résultats de malariathérapie par l'étude histologique du cerveau de paralytiques généraux, morts accidentellement ou d'une maladie intercurrente. La malariathérapie est suivie rapidement de l'apparition d'un processus d'organisation de l'exsudat inflammatoire méningé et périvasculaire qui caractérise les lésions de la paralysie générale. Les exsudats sont résorbés ; la prolifération névroglique et la néoformation vasculaire entrent nettement en régression.

M. D. PAULIAN a observé chez huit paralytiques généraux traités par l'inoculation du paludisme, une régression très remarquable des symptômes et une disparition parallèle complète des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien (réaction de Wassermann, de Pandy, de Nonne-Apelt, lymphocytose).

MM. Claude, Targowla, Jamache présentent trois paralytiques généraux, traités par la malariathérapie. L'une présente une amélioration considérable au point de vue psychique et somatique ; la seconde améliorée en ce qui concerne l'état général mais reste démente ; la troisième n'a encore tiré aucun bénéfice apparent de cette thérapeutique.

Un caractère commun, réunit ces trois cas : l'atténuation des réactions humorales.

Contre indication de la Malariathérapie : la déchéance organique, les cardiopathies, les néphrites, les lésions hépatiques, un état général insuffisant un syndrome humoral très intense, lésions vasculaires, etc.

Résultat obtenu par la Malariathérapie chez deux de nos trois cas (le premier et le troisième).

Les deux petites malades ont fait après l'injection du sang malarique des poussées fébriles typiques de malaria : frisson, température monte à 40°, suivie de transpiration. Tous les deux présentent une amélioration nette. Le premier malade parle mieux et marche mieux et ne titube plus, peut s'habiller seul. Le tremblement a beaucoup diminué. Il est tranquille et il est de bonne humeur. Le signe de Romberg est négatif.

Le deuxième malade ne se plaint plus de sa tête. Chez lui la parole est améliorée ainsi que l'intelligence et la mémoire. Le signe de Babinski est négatif et il n'y a pas de clonus. Le tremblement est moins marqué.

Conclusions

D'après les observations que nous venons d'exposer, nous pouvons relever et mettre en lumière différents points.

1. Que la paralysie générale des enfants est plus fréquente qu'on ne le croyait.

2. Que la paralysie générale des enfants a avec celle de l'adulte une grande analogie, n'en différant que par des phénomènes psychiques en rapport avec le développement intellectuel du sujet.

3. Que la paralysie générale des enfants, dans un très grand nombre de cas, s'accompagne d'infantilisme.

4. Que la paralysie générale des enfants est d'origine hérédosyphilitique ; les preuves en étaient fournies par la clinique et le laboratoire.

5. Que le traitement malariathérapie peut avoir de très bons résultats dans la paralysie générale juvénile. Dans l'état actuel de nos connaissances cela paraît être la meilleure thérapeutique à utiliser.

Bibliographie

- MARIE A. — Paralyse générale chez les enfants. *Encéphale*. XXI. 1926.
- RICHON et MICHON. — *Bull. Soc. de dermat. et syph.* 35. 505-507, juillet 1928.
- MARIE A. — Hérédo-syphilis et paralyse générale infantile. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.* P. 1926.
- MARIE. — Soc. clin. de Méd. mentale de Paris. Janvier et mars 1929.
- COLIN. — Soc. clin. de Méd. mentale 20 juillet 1908.
- DELMAS. — Thèse de Bordeaux, 1899.
- FIRPI. — Thèse de Paris, 1906.
- FOURNIER. — *Bull. de l'Académie de Méd.* Janvier 1895.
- HALBERSTADT et ARSIMOLES. — *Ann. Méd. Psychol.* 1910.
- IDRAC. — Thèse de Toulouse, 1906.
- PACTET. — Soc. clin. de Méd. mentale, 1909.
- LOUVRIER. — Thèse de Paris, 1907.
- THIRY. — Thèse de Nancy, 1898.
- RÉGIS. — Soc. de Méd. de Bordeaux 23, février 1883.
- RÉGIS. — Acad. de Méd. 20 mai 1895.

